

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 116

DU

LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT

DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1921

PAR

Pierre-Jean-Hyacinthe LAMARQUE

Né le 25 Février 1893, à Bordeaux (Gironde)

PRÉPARATEUR ADJOINT D'ANATOMIE GÉNÉRALE ET D'HISTOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Examineurs de la Thèse :	{	MM. W. DUBREUILH	professeur.	<i>Président</i>
		CHAVANNAZ	professeur.	
		PETGES	agrége	<i>Juges</i>
		DUVERGEY	agrége	

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AINÉ & C^{ie}

139, Rue Sainte-Catherine et 8, Rue Paul-Bert

1921

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 114

DU

LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Juillet 1921

PAR

Pierre-Jean-Hyacinthe LAMARQUE

Né le 25 Février 1893, à Bordeaux (Gironde)

PRÉPARATEUR ADJOINT D'ANATOMIE GÉNÉRALE ET D'HISTOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : { MM. W. DUBREUILH professeur. *Président*
CHAVANNAZ professeur. }
PETGES agrégé } *Juges*
DUVERGEY agrégé }

BORDEAUX

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT Aîné & C^{ie}

139 Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

1921



Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS..... Doyen

PROFESSEURS :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD, Professeurs honoraires

MM.	MM.
Clinique interne..... { ARNOZAN	Médecine expérimentale..... FERRÉ
{ CASSAËT	Clinique ophtalmologique..... LAGRANGE
Clinique externe..... { CHAVANNAZ	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie..... DENUCÉ
{ VILLAR	Clinique gynécologique..... B GOUIN
Pathologie et thérapeutique générales..... CRUCHET	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS
Clinique d'accouchements..... RIVIÈRE	Chimie biologique..... DENIGES
Anatomie pathologique..... SABRAZES	Physique pharmaceutique..... SIGALAS
Anatomie..... PICQUÉ (chargé)	Pathologie exotique..... LE DANTEC
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... W. DUBREUILH
Physiologie..... PACHON	Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON
Hygiène..... AUCHÉ	Clinique psychiatrique..... ABADIE
Médecine légale..... VERGER	Clin. d'oto-rhino-laryngologie..... MOURE
Physique biologique et Clinique d'électricité médicale..... BERGONIÉ	Toxicologie..... BARTHE
Chimie..... CHELLE	
Botanique et matière médicale..... BEILLE	
Pharmacie..... DUPOUY	
Zoologie et Parasitologie..... MANDOU	

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... PRINCETEAU	Médecine générale..... { LEURET
Anatomie et embryologie { PICQUE	{ DUPERIÉ
{ N...	{ CREYX
Histologie..... LACOSTE (chargé)	Maladies mentales..... PERRENS
Physiologie..... DELAUNAY	Médecine légale..... LANDE
Anatomie pathologique..... MURATET	{ GUYOT
Parasitologie et Sciences naturelles { R. SIGALAS (chargé)	Chirurgie générale..... { ROCHER
{ N...	{ DUVERGEY
Physique biologique et médicale..... RÉCHOU	{ PAPIN
Chimie biologique et médicale..... N.	Obstétrique..... { PERY
{ PETGES	{ FAUGÈRE
Médecine générale..... { J. CARLES	Ophthalmologie..... TEULIÈRES
{ MAURIAC	Pharmacie..... LABAT

CHARGÉS DE COURS :

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	J. CARLES
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT
Cours complémentaire d'Accouchements.....	FAUGÈRE
Cours complémentaire d'Ophthalmologie.....	CABANNES
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....	N.
Cours complémentaire d'Analyse chimique qualitative et quantitative.....	N.
Cours complémentaire de démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT
Cours complémentaire de Microbiologie.....	N.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS — A MES AMIS

A TOUS MES MAÎTRES DE L'UNIVERSITÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ LACOSTE
CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. DUBREUIL
PROFESSEUR D'ANATOMIE GÉNÉRALE ET D'HISTOLOGIE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

DU

LYMPHANGIOME CIRCONSCRIT

DE LA PEAU DES MUQUEUSES

AVANT-PROPOS

Durant notre séjour dans le service de Clinique dermatologique de M. le Professeur Dubreuilh, nous avons eu l'occasion d'observer chez un étudiant de l'Ecole dentaire un cas de lymphangiome de la région inguinale qui, à raison de son étiologie et de son évolution, nous a paru offrir un certain intérêt.

Ce cas nous a suggéré l'idée de réunir dans un travail d'ensemble les travaux réalisés sur le lymphangiome circonscrit et d'en préciser l'anatomie pathologique à l'aide de recherches personnelles. Pour l'exécution de cette tâche, les conseils de notre éminent maître M. le Professeur Dubreuilh, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous ont été d'un précieux concours. Nous le prions d'agréer, avec nos sincères remerciements, l'assurance de notre profonde reconnaissance pour la manière dont il nous a, grâce à ses savantes leçons, enseigné la clinique dermatologique, et aussi pour les nombreuses marques de sympathie qu'il nous a prodiguées pendant notre passage dans son service.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

On peut décrire le lymphangiomé, en se rapportant aux définitions de Quénu et de Delbet, comme des productions circonscrites congénitales et de nature lymphatique.

Depuis Wegner (1877), on divise les lymphangiomes, en lymphangiomes simples, caverneux et kystiques :

Les lymphangiomes simples sont constitués par des dilatations des vaisseaux lymphatiques, lorsque ces ectasies deviennent excessives, amenant les cavités lymphatiques au contact, il s'agit alors de lymphangiomes caverneux. Les lymphangiomes kystiques possèdent une structure plus complexe et correspondent aux kystes séreux multiloculaires congénitaux.

Mais un point délicat à préciser est celui consistant à différencier les lymphangiomes simples, les varices lymphatiques.

Desert et Massonié dans leurs thèses définissent ainsi les varices lymphatiques : « On appelle varices lymphatiques toute dilatation permanente et morbide des vaisseaux lymphatiques du réseau superficiel. »

Cette définition n'est pas suffisante, car les lymphangiomes simples correspondent eux aussi à des dilatations des vaisseaux lymphatiques ; elle ne répond donc pas à une entité morbide bien déterminée.

Besnier lui-même, dans sa traduction du traité de Kaposi, indique que « Le terme de lymphangiome n'a pas de signification anatomique absolue ; il ne peut être dissocié que théoriquement et didactiquement du terme de lymphangiectasie. »

C'est à Brocq que revient le mérite d'avoir différencié les

varices lymphatiques des lymphangiomes simples. Cet auteur, se basant sur la clinique, estime « qu'un signe important de distinction entre le lymphangiome et les lymphangiectasies est la réductibilité complète ou partielle des vésicules variqueuses et surtout la lymphorrhée qui n'existe pas dans le lymphangiome ; les vésicules dermiques étant formées dans ce cas par de petits kystes plutôt que par de véritables ectasies vasculaires. »

Signalons, en outre, la division que Binet a donnée dans sa thèse des varices lymphatiques d'après leur siège : 1° en varices de réseaux ou réticulaires lorsqu'elles siègent sur les réseaux du derme ou des muqueuses ; 2° varices tronculaires, lorsqu'elles affectent les troncs ; 3° lympho-adénocèles lorsque ces dilatations siègent sur les ganglions.

Enfin Péan divise les lymphangiomes d'après leur situation :

- 1° Au dessous de l'épiderme,
- 2° Sous le derme,
- 3° Sur le parcours des gros troncs lymphatiques,
- 4° Dans l'épaisseur des ganglions.

Nous n'envisagerons dans notre travail que le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

En 1879, Tilburg Fox et Colcott Fox publièrent, sous le nom de lymphangiectode, le premier cas de lymphangiome circonscrit de la peau observé chez un jeune homme de vingt et un ans qui présentait une éruption de vésicules claires localisées aux cuisses et au périnée.

L'année suivante, Hutchinson publia deux observations relatives à des éruptions analogues siégeant, la première au menton d'un garçon de dix ans, la seconde à l'épaule gauche d'un enfant de six ans ; il pensa au lupus et dénomma cette affection « lupus lymphaticus. »

En 1883, Köbner cite le premier cas en Allemagne.

En 1889, Colcott Fox en publie un nouveau auquel il donne le nom de lymphangiectasie.

Dans le courant de la même année, Malcolm Morris fait paraître dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau* une observation relative à un enfant de sept ans présentant des amas de vésicules d'aspect verruqueux au niveau de la région scapulaire gauche. Il donne à cette affection le nom de lymphangiome circonscrit.

En 1890, Noyes et Töröck, reprenant l'étude de tous les cas antérieurs et s'appuyant sur un fait personnel, montrent que le processus morbide se développe aux dépens des vaisseaux lymphatiques et qu'il consiste en une néoplasie de l'eudothélium lymphatique avec néoformations de cavités lymphatiques que se dilatent.

Ce furent ensuite, en 1890, deux cas de Schmidt à Berlin ; un

de A. Jamieson à Edimbourg; en 1891, un cas d'Elliot; en 1892, un autre d'Hartziell.

Au Congrès de Berlin en 1890, de Smedt et Bock, s'appuyant sur l'étude histologique d'un lymphangiome circonscrit, mirent en doute la nature lymphatique de la néoplasie et admirèrent son développement aux dépens du système sanguin. Ils proposèrent pour cette affection le nom d'angiome kystique de la peau.

A la même époque, Besnier démembrait le groupe du lymphangiome circonscrit des auteurs anglais et il considérait comme étant des pseudo-lymphangiomes les cas de Colcott Fox, de Schmidt, de Noyes et Töröck. Il en fit des hémangiomes.

En 1891, le docteur Thibierge, dans une communication qu'il fit à la Société française de dermatologie, soutint également la même opinion.

Dès ce moment, deux opinions contradictoires étaient en présence au sujet de cette affection, l'une soutenue par les Anglais et les Allemands, d'après laquelle il s'agissait bien de lymphangiomes, l'autre appuyée par Besnier, affirmant l'origine vasculaire sanguine de ces tumeurs.

Depuis cette époque, de nouvelles observations ont été publiées par Adam, Robinson, Leslies, Roberts, Meissner.

En 1892, Töröck a réfuté la théorie angiohématogène de Besnier, Thibierge, de Smedt et Bock.

En 1897, Freudweiler a repris à nouveau cette étude et est arrivé à des conclusions analogues à celles de Töröck.

En 1898, Brocq et Bernard font dans les *Annales de dermatologie* une étude très soignée du lymphangiome circonscrit. Ils passent en revue les travaux précédents et arrivent aux conclusions suivantes que nous reproduisons :

« Notre conclusion est que nous réclamons, pour le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses, néoplasie développée aux dépens du système vasculaire lymphatique dermique, mais dans la constitution de laquelle le système vasculaire sanguin joue également un certain rôle, une place précise et bien distincte dans les cadres de la pathologie cutanée ! Cette affection, qui forme un type clinique bien à part, doit être dis-

tinguée du lymphangiome simple, diffus, qui constitue à la langue une de ces variétés de la macroglossie ; elle doit être distinguée également du lymphangiome cystique, qui comprend les kystes séreux de la pathologie chirurgicale, elle doit enfin être nettement séparée des diverses variétés de lymphangiectasies qui peuvent la simuler au point de vue clinique et histologique.

En 1901, Schnabel publie, dans les *Arkiv für Dermatologie und Syphilis*, une observation de lymphangiome circonscrit de la peau.

L'année suivante, Hallopeau communique, au 6^e Congrès français de médecine de Toulouse (1902), une observation se rapportant à un cas de lymphangiome végétant avec atrophie du membre atteint.

En 1904, Danlos présente à la Société de dermatologie et de syphiligraphie une jeune femme atteinte de lymphangiome circonscrit de la langue.

Audry et Torney publient en 1909, dans les *Annales de dermatologie*, une observation très complète de lymphangiome profond de la lèvre supérieure avec lésions de la muqueuse et de la peau.

Enfin, citons, en 1911, l'observation de Weissenbach sur un cas de lymphangiome circonscrit de la peau publiée dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*.

ÉTIOLOGIE

Le lymphangiome présente un caractère spécial qui est sa congénitalité et l'on peut admettre, avec Quénu et Delbet, qu'à l'instar des angiomes, ce sont là des malformations du système lymphatique plutôt que de vrais néoplasmes.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen microscopique du lymphangiome circonscrit nous montre que la tumeur est entièrement recouverte par l'épithélium. De nombreuses cavités kystiques sont développées au niveau des papilles entre les colonnes interpapillaires de l'épithélium malpighien. Le volume occupé par ces cavités est tout à fait variable et dépend de la profondeur à laquelle elles sont situées, car au fur et à mesure de leur accroissement elles repoussent devant elles l'épithélium. Les plus vastes siègent à la surface et demeurent recouvertes par l'épithélium. Cet épithélium subit des modifications importantes. Les diverses couches ont persisté, mais il a subi un processus d'hypertrophie et d'hyperkératinisation par suite de la prolifération. On le voit s'enfoncer dans la profondeur et venir rétrécir les dimensions des papilles qui, distendues par endroits par les cavités kystiques, finissent par disparaître. La nature cellulaire de cet épithélium demeure toujours typique. Enfin la couche cornée par suite du processus d'irritation a subi un léger accroissement.

Les cavités kystiques ne sont pas toutes semblables. Leur forme et leur volume sont variables; les plus volumineuses sont les plus superficielles et possèdent une forme plus arrondie que celles de dimensions plus réduites et situées plus profondément.

Leur contenu est constitué par une substance granuleuse et des amas de cellules d'origine lymphatique. On y rencontre aussi quelques globules rouges.

Ces cavités sont limitées par un endothélium continu, à noyaux aplatis et allongés, à protoplasma granuleux. Cet endothélium, composé de cellules à contour affectant la forme d'un jeu de patience, présente tous les caractères de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques. Cet endothélium limite parfois ces cavités kystiques. Dans d'autres cas, il est doublé par du tissu conjonctif fibrillaire contenant des vaisseaux sanguins gorgés de globules rouges. Ces capillaires sanguins éclatent quelquefois dans les cavités kystiques qui contiennent alors de nombreux globules rouges.

Enfin les grandes cavités sont cloisonnées par une lame mince de tissu conjonctif, revêtue sur ses deux faces par la couche endothéliale. Le tissu conjonctif du derme est à peu près normal, mais contient un assez grand nombre de lacunes de forme et de volume variables, séparées par des couches de tissu conjonctif plus ou moins minces.

Ces lacunes sont tantôt bien isolées, tantôt très rapprochées, formant une sorte de tissu caverneux. Leur paroi est constituée par des cellules endothéliales absolument semblables à l'endothélium lymphatique. Leur contenu est constitué par de la fibrine et des globules blancs.

Les autres éléments de la peau paraissent peu altérés.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Lorsqu'on pratique l'examen histologique d'un lymphangiome circonscrit de la peau, on constate que les vésicules sont constituées par des cavités kystiques se développant dans le derme sous-papillaire et qui, par suite de leur accroissement, envahissent les papilles dermiques.

Ces cavités sont constituées par un endothélium continu constitué par une seule couche de cellules à protoplasma granuleux et dont le contour affecte celui d'un jeu de patience, il offre donc tous les caractères d'un endothélium lymphatique. Le contenu de ces cavités est granuleux. Il renferme de nom-

breux leucocytes et parfois une assez grande quantité de globules rouges. Certaines cavités n'en renferment que quelques-uns, mais d'autres en sont remplies, ce qui tend à la rupture d'un vaisseau sanguin à l'intérieur de la cavité.

Le revêtement cellulaire de ces cavités se prolonge sur les cloisons conjonctives minces et plus ou moins complètes qui les divisent. Ce revêtement, qui pour les petites cavités constitue l'unique paroi, est doublé, chez les plus grandes, d'une couche de tissu conjonctif dans lequel rampent des capillaires sanguins variqueux, dilatés, gorgés de sang, dont la rupture se devine inévitable par l'examen histologique lorsqu'elle se produit, on trouve (comme nous le signalons plus haut) les cavités correspondantes renfermant un mélange de matière lymphatique et de globules rouges, quelquefois même un véritable caillot sanguin.

L'épiderme est refoulé par ces dilatations; il subit un processus irritatif se traduisant par la prolifération des colonnes interpapillaires et par de l'hyperkératinisation.

Le derme ne paraît subir d'habitude aucun phénomène inflammatoire, mais présente de nombreux amas de cellules embryonnaires, chaque fois que des inflammations secondaires se produisent. Ces amas ne doivent pas être confondus avec d'autres amas cellulaires qu'on voit souvent dans le derme autour de capillaires sanguins et qui sont constitués par des agglomérations de cellules endothéliales à noyau allongé. Ce sont des indices de la prolifération des endothéliums lymphatiques.

Le derme présente, en outre, de nombreuses lacunes lymphatiques revêtues d'une seule couche de cellules endothéliales, mais parfois ce revêtement est constitué par une couche pluricellulaire, ce qui correspond à la prolifération de cet endothélium.

Histologie pathologique du lymphangiome circonscrit des muqueuses. La tumeur est entièrement recouverte par l'épithélium de la muqueuse; celui-ci revêt directement des cavités kystiques, développées dans la couche des papilles choriales entre les colon-

nes interpapillaires de l'épithélium malpighien. Ces cavités sont de dimensions très variables; elles sont d'autant plus vastes qu'elles sont situées plus près de la surface; elles repoussent devant elles l'épithélium qui les recouvre toujours. Au-dessous de cette couche, on voit du tissu fibreux qui la sépare des fibres musculaires, visibles à la base des coupes. Au sein de ce tissu fibreux existent de nombreuses lacunes, très irrégulières, de forme et de volume inférieur à celui des cavités superficielles.

L'épithélium de la muqueuse composé de ses couches normales subit un processus d'irritation chronique se traduisant par de l'hypertrophie et de la kératinisation. En outre, cet épithélium s'enfonce dans la profondeur en colonnes épaisses qui envahissent le chorion et contribuent à diminuer le champ des papilles qui sont étouffées entre les piliers cellulaires et les cavités kystiques. Celles-ci refoulent progressivement l'épithélium et le distendent à mesure qu'elles se développent, aussi les plus grandes ne sont revêtues à leur surface que de deux ou trois assises cellulaires de la lame cornée. Cet épithélium proliféré est partout typique. Dans la zone papillaire du chorion, les papilles ont disparu à l'endroit où se trouvent les vésicules; à leur place, on voit de grandes cavités kystiques de forme et de dimensions variables. Leur contenu varie également : les plus grandes renferment une substance granuleuse, des globules blancs et des globules rouges, d'autres sont remplies de globules blancs presque exclusivement, d'autres enfin de globules rouges.

Leur paroi est constituée par un endothélium continu à protoplasme granuleux et noyaux plats allongés et qui est juxtaposé à l'épithélium de la muqueuse; quelquefois il en est séparé par du tissu conjonctif renfermant des capillaires sanguins qui rampent le long des cavités kystiques et qui paraissent prêts à y éclater.

Enfin les grandes cavités présentent des cavités secondaires limitées par des cloisons formées d'une lame mince de tissu conjonctif tapissé sur ses deux faces par l'endothélium.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Il existe deux variétés de lymphangiome, l'un profond, l'autre superficiel. Le lymphangiome profond de la peau siège d'ordinaire à la face, aux extrémités, aux lèvres, à la langue, au voile du palais. Dans notre Observation IX, nous citons un cas de lymphangiome de la langue et du voile du palais. Il forme des tumeurs à limite un peu diffuse, de consistance pâteuse, avec des cordons et des noyaux plus durs, pouvant acquérir, comme dans notre observation, une dureté réellement ligneuse. La peau qui les recouvre est à peu près normale, mais elle présente quelquefois une teinte bleuâtre. Leur surface est souvent hérissée de petites bosselures inégales et irrégulières, à contours arrondis, à sommet aplati ou acuminé et de volume variable; les plus petites sont miliaires et présentent l'aspect de grains de semoule, les plus grandes atteignent les dimensions d'une petite lentille.

Ces tumeurs sont en général indolentes, sauf au moment des poussées congestives que l'on observe quelquefois à chaque changement de saison, se traduisant par une sorte de turgescence et pouvant durer trois semaines. Elles prennent alors l'aspect violacé, puis elles s'affaissent et reprennent leur aspect habituel.

Dans notre observation citée plus haut, ces sortes de poussées fluxionnaires se reproduisent régulièrement quatre fois par an.

Le lymphangiome cutané profond existe dès la naissance ou apparaît dès la première enfance pour s'accroître ensuite lentement ou par poussées. D'une manière générale, l'affection res-

semble à un lipome avec lequel elle est du reste parfois combinée.

Le lymphangiome circonscrit superficiel est souvent combiné avec la forme précédente; c'est une affection rare pouvant siéger dans la région inguinale (Observation personnelle, Obs. III, IV); à la racine du nez, V; sur le ventre : Obs. I; sur les grandes lèvres : Obs. VI; à la partie inférieure du raphé scrotal : Obs. VII; sur l'épaule : Obs. VIII.

Il débute ordinairement dans les premiers temps de la vie, par de petites vésicules, qui se groupent en placards de la grandeur d'une pièce de 5 francs à celle de la main, elles restent d'abord isolées les unes des autres, puis elles se rapprochent au point de se confondre et de se conglomerer.

La surface de ces plaques est couverte de vésicules présentant l'aspect de perles à contenu translucide; l'épiderme qui les recouvre est le plus souvent épaissi, d'apparence verruqueuse; parfois il est aminci et semble n'exister qu'à l'état de fine pellicule transparente. Cette pellicule est presque toujours lisse et tendue, sillonnée parfois d'une sorte de fin carrelage résultant de la conglomération de vésicules voisines qui ont constitué une vésicule plus grosse et cloisonnée.

A la surface de certaines vésicules, on voit ramper des touffes de capillaires sanguins, mais cela constitue l'exception, et il est bien plus fréquent de n'observer ces télangiectasies qu'à la base des vésicules sous leur plancher. On les aperçoit par transparence sous la forme de points rouges, bleus ou violacés.

Le contenu de ces vésicules est limpide; quand on pique une de ces vésicules, il en sort un liquide clair, contenant quelques globules blancs et constitué par de la lymphe. L'écoulement est plus prolongé que ne le faisait prévoir la capacité approximative de la vésicule ponctionnée.

Puis le liquide, d'abord clair, se mélange de sang et enfin l'écoulement s'arrête spontanément.

A côté des vésicules transparentes, on rencontre aussi des vésicules rouges, hermétiques et aussi parfois de véritables *noevi sanguins*.

Dans le voisinage des plaques principales, on rencontre d'autres vésicules isolées.

Le lymphangiome circonscrit de la peau est indolent et ne provoque de gêne fonctionnelle des parties atteintes qu'à un degré fort avancé de son développement.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Les symptômes du lymphangiome sont si caractéristiques qu'ils ne prêtent guère à confusion.

Cependant on pourrait confondre cette affection avec l'acné rosacea, de l'ecthyma, une syphilide, des nœvi materni, ou papillome, du molluscum fibreux, des scrophulides fongueuses. Duret indique de se baser pour établir le diagnostic sur la transparence et la réductibilité des vésicules.

Souvent ces vésicules donnent lieu spontanément à un écoulement de lymphe, l'examen du liquide viendra confirmer le diagnostic, d'ailleurs une simple piqûre d'une vésicule, à l'aide d'une pipette Pasteur, permet de recueillir le liquide qu'elle renferme et d'en pratiquer l'examen. On évitera de même de confondre cette affection avec des kystes hydatiques de la peau, qui constituent d'ailleurs une rareté.

Les vésicules du lymphangiome circonscrit des muqueuses devront se distinguer des petits kystes glandulaires et des vésicules d'herpès. Enfin, citons la confusion possible du lymphangiome avec le lipome; sa consistance pâteuse et le résultat fourni par la ponction permettront d'établir le diagnostic.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Pronostic. — Le pronostic du lymphangiome dépend évidemment de sa situation et de son volume; il débute chez de jeunes enfants, s'étend progressivement, puis persiste d'une manière définitive, son évolution étant ordinairement bénigne, mais la récurrence pouvant toujours se produire, si l'extirpation n'est pas opérée longuement.

Traitement. — Lorsque la tumeur est volumineuse, l'excision est la méthode de choix, mais lorsqu'elle a des limites diffuses, cette opération devient impossible. Il faut alors s'adresser à l'électrolyse bipolaire qui permet d'obtenir la disparition de volumineuses tumeurs. Ce traitement produit pendant quelques jours un gonflement douloureux de la région traitée, auquel, d'ailleurs, succède la réduction de volume progressive du lymphangiome. En répétant les séances à d'assez longs intervalles, on obtient la transformation de l'affection en un nodule cicatriciel sous-cutané et dur qui disparaît par la suite.

Dans le lymphangiome superficiel, l'électrolyse interstitielle est plus difficile, aussi doit-on donner la préférence à l'ignipuncture. Toutefois, afin d'éviter les récurrences il est préférable de pratiquer son excision chaque fois que cela est possible.

On pourrait encore essayer le traitement radiothérapique ou la réfrigération par la neige carbonique qui donnent de bons résultats dans les hémangiomes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(FITZER, *Arch. für physiologischen Heilkunde*, Bd. VIII, s. 128. 1849.)

Une jeune fille de seize ans, non réglée et atteinte de hernie crurale, présentait sur le ventre une série de granulations disparaissant par la pression et qui reposaient sur une raie brunâtre de trois doigts de large, commençant à un pouce au-dessous de l'ombilic et se dirigeant à gauche entre les fausses côtes et l'os iliaque pour se terminer à la colonne vertébrale. Ces granulations ne lui occasionnaient aucune gêne ; aussi ne s'en préoccupait-elle pas, lorsqu'un jour, à la promenade, elle se sentit le ventre mouillé. Fitzér vit cette jeune fille ; il remarqua que de deux des granulations suintait un liquide blanchâtre, alcalin et salé. Ayant ouvert une des vésicules voisines, il en vit sortir un liquide semblable en assez grande quantité. La compression fut inefficace à arrêter l'écoulement. La cicatrisation ne put être obtenue que par l'emploi du nitrate d'argent.

Le docteur Schlossberg fit l'analyse chimique et l'examen microscopique du liquide recueilli par Fitzér et le reconnut pour de la lymphe.

OBSERVATION II

(DEMARQUAY, *Mémoires de la Soc. de chir.*, 1853, p. 139.)

X..., âgé de dix-sept ans, d'origine française, bonne constitution, ses parents habitent le Brésil ; il s'aperçut un jour, en jouant, qu'un liquide coulait de sa cuisse et mouillait son pantalon. M. Demarquay, appelé, remarqua à la partie interne et inférieure de la cuisse une agglomération de petites vésicules dépressibles, ne laissant suinter

aucun liquide ; les vêtements qui avaient été mouillés précédemment étaient comme empesés. Plus tard, M. Demarquay put voir s'écouler de ces petites vésicules un liquide légèrement louche, prenant en masse un aspect laiteux.

Il put aussi déterminer à la loupe que ce liquide sortait d'un point unique. MM. Denonvillers, Ricord et Flourens constatèrent avec M. Demarquay qu'en outre des granulations déjà signalées il existait une saillie dépressible d'environ 3 centimètres d'étendue, située à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du membre et se dirigeant de la face antérieure à la face interne. Cette saillie augmentait de volume pendant la marche et diminuait pendant le repos ; elle fut considérée comme une varice d'un vaisseau lymphatique. Quelques mois après, les petites vésicules étaient devenues plus grosses et transparentes ; la varice profonde avait également acquis un volume plus considérable.

La compression exercée au-dessus et au-dessous de la fistule augmentait l'écoulement. Le membre avait 2 centimètres de circonférence de plus que l'autre. Le liquide qui sortait des vésicules fut reconnu pour de la lymphe par MM. Lebert, Mialhe et Robin.

La guérison fut obtenue au moyen d'une application de caustique de Vienne. Quelques jours après, M. Zambaco présenta à la même Société une observation dont voici le résumé : Un homme de vingt-neuf ans entre chez M. Ricord pour une urétrite. Il dit avoir toujours porté, à la partie postérieure du raphé scrotal, deux petites tumeurs de volume variable, molles, globuleuses, blanchâtres par transparence. Depuis six semaines, elles grossissent et ont atteint le volume d'un pois. Le 10 décembre, elles se sont spontanément ouvertes et ont laissé suinter un liquide opalin, blanchâtre, laiteux ; les ouvertures restent fistuleuses. Plus tard, d'autres vésicules situées à la racine même de la verge ont suivi la même marche. Elles sont rangées le long d'un cordon saillant, dur, noueux, étendu de l'anus à la racine des bourses. La longueur totale du cordon est de 18 centimètres. La nature du liquide fut reconnue au microscope. On ne tenta aucun traitement.

OBSERVATION III

(DESJARDINS, *Bullet. de la Soc. de Biologie*, VI, 2^e série, p. 25, 1854.)

La dame X.... (de l'île Maurice), dans un état de santé générale satisfaisant, présente à la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche, à 2 centimètres au-dessous du pli de l'aîne, plusieurs petites phlyctènes ou vésicules translucides, ayant l'aspect et la grosseur d'un grain de sagou cuit. Elles ne sont recouvertes que par l'épiderme et paraissent résulter manifestement d'une dilatation variqueuse du réseau lymphatique susdermique. Elles sont disposées sur deux lignes divergentes qui interceptent entre elles un angle très aigu, dont le sommet répond à peu près à l'embouchure de la saphène interne et dont les côtés, dirigés en dehors, se perdent avant d'atteindre la région fessière. La ligne supérieure suit assez exactement la direction du pli inguinal ; l'inférieure est à peu près transversale.

Les plus apparentes de ces vésicules sont au nombre de quatre et forment un petit groupe qui est situé, non au sommet de l'angle indiqué, mais à 3 cent. $1/2$ de ce sommet et sur le trajet de la ligne inférieure. Ce groupe correspond au bord interne du muscle couturier, vers le tiers moyen de l'entonnoir fémoral et assez exactement au point qu'occupe ordinairement le ganglion inguinal superficiel le plus externe.

Parmi ces vésicules, il y en a une un peu plus grosse que les autres, et quand on la déchire au moyen d'une pointe d'aiguille, il s'en écoule à l'instant un liquide opalin qui forme un petit ruisseau le long de la cuisse. Les vésicules plus petites n'en donnent que très peu.

L'altération du système lymphatique n'est pas bornée aux petites varices que j'ai signalées plus haut : toute la face antéro-interne de la cuisse présente une sorte de boursofflure de la peau et des tissus sous-cutanés qui descend jusqu'au quart inférieur de cette face, et de là remonte en dehors pour rejoindre la face externe et postérieure et se perdre sur la fesse. Avec de l'attention, on apprécie assez distinctement sous le doigt et même à la vue la limite inférieure de la région altérée. A mesure que l'on remonte vers le haut du membre, les petites varicosités deviennent de plus en plus sensibles et au niveau des vésicules translucides elles sont pour ainsi dire confluentes.

Dans toute l'étendue de la région altérée, la peau, lorsqu'on lui fait faire des plis et qu'on cherche, en la soulevant, à la détacher de l'aponévrose, présente l'apparence d'une peau d'orange, apparence qu'elle doit à la résistance de certaines fibres étendues perpendiculairement entre les deux enveloppes et à la laxité des espaces intermédiaires.

Le reste du membre ne présente rien de semblable, la jambe et le pied sont dans l'état le plus normal. La cuisse malade n'a que 3 centimètres de circonférence de plus que l'autre.

Il existe en outre des dilatations plus considérables dans les lymphatiques sous-cutanés et probablement dans les profonds. On remarque à la partie interne du pli de l'aîne trois tumeurs au moins sous-cutanées, sinon sous-aponévrotiques, lesquelles sont évidemment le résultat de dilatations ampullaires des lymphatiques de cette région. Deux de ces ampoules sont situées immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, l'une contre le pubis et au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal, l'autre un peu en dehors, au-dessus du passage des vaisseaux dans l'arcade. La troisième est au-dessous du pied inguinal, et répond si exactement à la veine fémorale qu'on serait tenté de la prendre pour une dilatation de ce vaisseau. Elles sont très peu saillantes et peu apparentes, deviennent manifestes sous la pression du doigt, se dépriment quand on presse directement dessus et reviennent après à l'état normal.

Il n'a pas été fait de traitement.

OBSERVATION IV (M. CARTAZ)

X..., entre au mois d'octobre 1874, dans le service de M. Labbé, suppléé par M. Nicaise, salle Saint-Gabriel, n° 23, à la Pitié, pour une ulcération traumatique du pied gauche. En examinant ce malade on aperçoit à la racine de la cuisse droite, au voisinage de l'embouchure de la saphène, une petite tumeur, faisant une très légère saillie au-dessus de la peau, demi-transparente, de la largeur d'une pièce de 20 francs, rappelant de tous points l'aspect d'une phlyctène de brûlure récente. A côté, à 1 centimètre plus haut, se trouve une seconde vacuole de même aspect, mais de dimensions beaucoup plus restreintes ; elle a le volume d'un pois. En pressant sur cette tumeur on fait refluer le

liquide, elle se vide complètement et la peau très amincie se ride et se plisse en s'affaissant. Il faut de deux à trois heures pour que la tumeur reprenne son aspect primitif. J'eus l'idée de piquer avec la pointe d'une épingle cette petite tumeur que l'on avait regardée comme un petit lac lymphatique. Il s'écoula un liquide clair, légèrement opalin. Pour éviter une fistule, je fis une compression avec un morceau d'amadou que je retirai le troisième jour. Il n'en résulta aucun inconvénient. Les ganglions inguinaux de ce côté ne sont pas plus volumineux que d'ordinaire ; on les sent à peine.

OBSERVATION V

(Recueillie par M. VIGUIER, dans la clinique de M. le Professeur Broca.)

Henriette T..., née à Paris, âgée de dix ans et trois mois. Cette enfant, d'apparence vigoureuse, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une rougeole légère à l'âge de six ans. Ses parents se portent bien. Il y a un mois environ on remarqua de la tuméfaction de la racine du nez ; cette distension, augmentant, dessina bientôt deux petites tumeurs molles et indolentes au niveau des deux ongles, la tuméfaction gagna ensuite le bord des deux paupières inférieures et finit par les distendre entièrement toutes les deux, elle parut alors gagner un peu vers l'espace intersourcilier. Du reste, à part son accroissement lent, cette tumeur multiple ne présentait aucun phénomène particulier. L'enfant a été envoyé aux bains de mer, sous le prétexte de guérir cette affection. Enfin il y a un mois environ, le docteur Abadie fit avec une aiguille huit petites piqûres sur les différentes poches ; la tumeur s'affaissa entièrement, mais reprit son volume en quelques heures, et, les piqûres cicatrisées, tout revint en l'état.

Amenée, le 12 novembre 1874, à la consultation de M. Broca, on constate un gonflement considérable des deux paupières inférieures, elles remontent un peu sur les globes oculaires et gênent la vision. De plus il existe un très léger degré d'entropion. En regardant l'enfant de profil, on constate une légère convexité de la ligne fronto-nasale au lieu de la dépression ordinaire. Enfin les deux poches au niveau des ongles, très tendues aussi, achèvent de donner une expression singulière

à la physionomie. La peau est violacée et transparente au niveau des paupières et des unguis, blanche au niveau de la région fronto-nasale, ce qu'explique parfaitement la plus grande épaisseur de la peau de la région. En pressant sur une des poches on fait refluer le liquide dans les autres, et si on les presse ensemble celui-ci remonte au niveau de la bosse nasale et dessine là un paquet de vaisseaux flexueux et dilatés qui remonte jusqu'à la moitié de la hauteur du front. Enfin une pression lente et prolongée dégorge en partie les poches. La peau amicrobique peut être soulevée par pincement et paraît entièrement libre d'adhérences. Pas de traces de scrofule, nulle part de ganglions saillants ou indurés. La mère signale une petite tumeur au niveau du pli inguinal gauche, elle la compare à une dilatation veineuse, qui, du reste, aurait été beaucoup plus évidente il y a quelques années. En effet, M. Broca ne put la trouver. Plus tard, en examinant la malade debout, j'ai remarqué une très légère saillie de 5 à 6 millimètres de large immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope dont elle suivait la direction dans son tiers moyen à peu près. Du reste la peau est là, normale, dépressible, et il est bien difficile de décider à quoi l'on a affaire.

Ce jour-là M. Broca fit une ponction pour recueillir le liquide et être édifié sur sa nature. On en obtint environ 10 grammes. L'examen microscopique fut pratiqué par M. Monod et l'analyse chimique par M. Galippe. Voici quels furent les résultats qu'ils ont eu l'obligeance de me communiquer : Au moment de son extraction, le liquide était d'une transparence parfaite et d'une couleur jaunâtre. Examiné au microscope, il présentait des globules rouges, les uns normaux, les autres comme crénelés, et des globules blancs en nombre relativement considérable, mais toutefois moindre; on ne voyait ni globulins, ni globules de graisse. Un quart d'heure environ après l'extraction, le liquide s'est coagulé spontanément. Le caillot ne s'est rétracté que très lentement et la masse a conservé l'apparence d'une gelée tremblotante; en même temps elle prenait une coloration rougeâtre. La sérosité mise en liberté par la rétraction du caillot est jaune orangé; sa réaction est franchement alcaline, elle ne contient plus qu'une quantité parfaitement négligeable d'éléments figurés. Outre les réactions caractéristiques de l'albumine, le sérum donne un précipité avec la

solution saturée de sulfate de magnésie, ce qui dénote la présence de la fibrine dissoute de Denis (de Commercy). La liqueur de Fehling est réduite à froid, ce qui indique clairement la présence de glucose. Ces différents caractères prouvent nettement que le liquide est de la lymphe. En effet, le temps qui s'est écoulé entre l'extraction et la coagulation, la lenteur de formation du caillot, sa petitesse, la coloration rouge prise par la masse, la présence de la fibrine dissoute de Denis et celle du glucose sont tout autant de particularités indiquées par les auteurs comme caractéristiques. (Voy. Gubler, Obs. de Desjardin). Cette fois encore le liquide reparut très rapidement.

M. Broca se décida alors à faire des injections de perchlorure de fer, non pas tant, dit-il, pour déterminer une coagulation qu'une inflammation adhésive. Pour éviter que le perchlorure se répandît par toutes les poches, il fit faire une bague de plomb avec laquelle il isolait une partie de la tumeur et au centre de laquelle il poussait deux gouttes d'un liquide renfermant : solution officinale de perchlorure de fer, 2 ; eau, 1. Il fit ainsi trois piqûres : une le 16, au niveau de la base nasale pour tâcher d'intercepter la communication entre les diverses poches ; une le 4 décembre, dans la poche de la paupière inférieure droite ; enfin la dernière le 11 décembre, dans celle de la paupière inférieure gauche. Après chacune de ces injections, il y eut inflammation assez vive et même après la seconde, il y eut de l'œdème inflammatoire de la paupière supérieure du même côté ; cet état se dissipa du reste promptement. Après la troisième, il se forma au niveau de la piqûre un petit abcès qui s'ouvrit spontanément et guérit en peu de jours. Du 21 novembre au 4 décembre, M. Broca entretint une compression douce sur la bosse nasale, au moyen d'un tampon de ouate et d'une bande roulée. Maintenant, au niveau de chaque piqûre, on sent un petit noyau induré, et toutes les tumeurs sont complètement affaissées, sauf celle qui se trouve au niveau de l'inguis droit qui toutefois est fort réduite. Le liquide ne reflue plus dans les vaisseaux dilatés du front, et tout fait présumer que si la malade voulait se soumettre à une dernière injection elle serait complètement débarrassée de sa tumeur.

OBSERVATION VI (Zur NLEDEN, *in* CHIPAULT)

Jeune femme, phtisique, vingt-cinq ans, s'aperçut, pour la première fois, à neuf ans, qu'elle perdait un liquide laiteux par les voies sexuelles ; les grandes lèvres, notablement hypertrophiées, présentaient de nombreuses vésicules indolentes, grosses comme une tête d'épingle. Un an après, un médecin consulté cautérisa les vésicules avec une solution de nitrate d'argent, puis on ne fit plus rien pendant quatre ou cinq ans. En 1869, à quatorze ans, la première apparition des règles fut suivie d'une douleur vive dans les parties sexuelles. Un véritable jet de sérosité laiteuse jaillit des grandes lèvres en même temps que la douleur aiguë était remplacée par une sensation de pesanteur. L'écoulement dura quatre ou cinq jours, puis survint une pneumonie. Les règles ne reparurent que cinq ans après ; l'écoulement reparut aussi, mais persistant dans l'intervalle des règles ; il cessait seulement pendant les quelques jours qui les précédaient en même temps que les vésicules augmentaient de volume et devenaient rosées. En 1877, abcès de la grande lèvre gauche. En 1879, le malade vint à l'hôpital ; les deux grandes lèvres légèrement hypertrophiées présentaient à leur face interne un grand nombre de vésicules suintantes. Le liquide obtenu par piqûre d'une vésicule contenait de nombreuses cellules lymphatiques.

En septembre 1880, la malade rentre à l'hôpital : des régions inguinales au mont de Vénus, la peau est un peu tendue et élastique ; ganglions inguinaux ; très légère douleur spontanée, contenue, augmentée par la pression, au-dessus de la symphyse. Les grandes lèvres sont peu épaissies et présentent une surface rugueuse où s'élèvent des saillies du volume d'un grain de mil et plus petites, légèrement transparentes, surtout nombreuses à l'extrémité supérieure de la grande lèvre ; en quelques points on a la sensation de varicosités courant dans la peau ; quelques vésicules sur le clitoris. Toutes ces vésicules disparaissent rapidement et sans résistance par pression, elles augmentent notablement dans la station debout. L'examen d'un lambeau de peau enlevée donna les mêmes résultats qu'antérieurement, mais la plaie donna issue à une grande quantité de lymphe. En novembre 1880, Maas enleva les grandes lèvres avec le Paqnelin et cautérisa profondément

les vésicules des parties voisines ; en quatre semaines la guérison était complète.

En 1881, récédive. Sur la grande lèvre droite, de chaque côté de la cicatrice linéaire persistante on voyait des vésicules transparentes ; la piqure de l'une d'elles produisit une lymphorrhagie qui fut facilement arrêtée.

OBSERVATION VII

(ZAMBACO, Soc. de chirurgie, décembre 1853)

En 1832, il est entré dans le service de M. Ricord un homme âgé de vingt-neuf ans, affecté d'entérite. Dès son jeune âge, cet individu remarquait, à la partie supérieure du raphé scrotal, deux petites tumeurs globuleuses, molles, qui augmentaient souvent de volume et disparaissaient sous la pression. Le malade n'y fit aucune attention ; ces petites tumeurs ont augmenté de volume dans ces derniers temps et se sont ouvertes spontanément, il en sortit un liquide laiteux opalin. Plus tard, une nouvelle petite éminence se forma à la limite de la verge et du scrotum ; elle se perça au mois d'octobre 1852. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, on voit un cordon saillant, brunâtre, irrégulier souvent, qui occupe toute la région périnéale et constitue une sorte d'hypertrophie du raphé médian. Il arrive à la racine des bourses, où il offre deux renflements plus considérables que tous ceux qui les précèdent. Ces deux tumeurs, globuleuses, irrégulièrement contournées, sont hérissées d'un grand nombre de saillies en forme de vésicules et ont un aspect chagriné. Le renflement postérieur offre une fente longitudinale de 5 millimètres. Là, une pression d'arrière en avant du cordon mentionné fait sortir à travers la fistule un liquide blanc, laiteux. La seconde tumeur, en tout analogue à la précédente, au-devant de laquelle elle est placée, offre un petit pertuis fistuleux. A partir de ce point, le cordon devient plus profond, sous-cutané, jusqu'à la racine de la verge, où il offre une nouvelle éminence saillante, semblable aux précédentes, et percée d'une ouverture fistuleuse. La longueur totale du cordon est de 18 centimètres. Le liquide qui suinte à travers la fistule a offert au microscope tous les caractères de globules lymphatiques. M. Ricord n'a voulu faire aucune médication (injection, cautérisation,

etc...) Il était bien disposé à enlever le cordon dans sa totalité, si plus tard la quantité de la lymphe extravasée devenait assez considérable pour amener un trouble notable de la nutrition.

OBSERVATION VIII

(WISSEMBACH, *Annales de dermatologie*, 1911.)

Un cas de lymphangiome circonscrit de la peau

M^{lle} Madeleine T..., âgée de quinze ans et demi, se présente à la consultation de notre maître le docteur Thibierge à l'hôpital Saint-Louis, le 23 septembre 1910, pour une lésion de l'épaule dont le début remonte à quatre ans environ. C'est en effet dans le courant de l'année 1906 que la malade s'aperçut par hasard de la présence sur l'épaule du côté droit d'un placard peu étendu formé par quelques « petits boutons » peu saillants, de coloration à peine plus foncée que la peau environnante. A cette époque, et la malade comme ses parents insistent sur ce fait, il n'existait aucune tache ni point rouge ou violacé comme à l'heure actuelle. Très lentement la lésion s'étend vers la partie interne de l'épaule et en avant de nouveaux éléments apparaissent, sans que disparaissent les anciens, mais à aucun moment on ne nota de douleur ou de prurit; l'évolution jusqu'à ce jour fut absolument indolente. C'est depuis deux ans seulement que, dans la partie la plus interne de la lésion, sans qu'on puisse faire préciser davantage, sont apparus les points télangiectasiques, « les taches de sang » suivant l'expression de la malade, qui les attribue au grattage.

Examen. — Au niveau de l'épaule droite, plus exactement sur la moitié externe de la fosse sus-claviculaire, et les deux tiers externes de la fosse sus-épineuse qu'elles dépassent un peu en bas, sont disséminées sur la peau saine un grand nombre de petites saillies qui donnent au premier abord l'impression de lésions verruqueuses mêlées de quelques télangiectasies. Assez régulièrement répartis, ces éléments dessinent dans leur ensemble un triangle à base interne et à sommet externe. A un examen plus attentif on voit que l'éruption est caractérisée par trois sortes d'éléments : des vésicules de volume et d'aspect variables, des noœvi vasculaires et un nombre plus considérable de petites papules

brillantes rappelant le lichen plan ; les uns et les autres sont séparés par des espaces de peau absolument normale.

1° Les vésicules sont au nombre d'une cinquantaine, du volume d'un grain de chènevis à un grain d'orge, saillantes, globuleuses, le plus souvent groupées par cinq ou six, atteignant alors le volume d'un pois ou d'une lentille ; sur certaines, l'épiderme est aminci et l'aspect de l'élément est celui d'une vésicule à parois minces, translucides ; sur la plupart l'épiderme est épaissi ou plissé, l'aspect se rapproche tout à fait de celui des verrues molles, mais par la piqûre on provoque dans les deux cas l'issue d'une certaine quantité de liquide. Au toucher elles donnent une impression de mollesse, d'onctuosité très spéciale. Quelques-unes de ces vésicules, les plus volumineuses, présentent au niveau de leurs bords de fines ramifications de capillaires sanguins, mais c'est surtout à la base de certaines des vésicules les plus translucides qu'on aperçoit par transparence le fin réseau vasculaire dessinant ses arborisations sur le plancher de l'élément.

2° Les nœvi vasculaires sanguins sont peu nombreux : en plus des quelques vésicules ci-dessus, qui sont accompagnées de télangiectasies, on compte seulement six nœvi du volume d'une petite lentille, peu saillants, de consistance molle, leur coloration varie du rouge au violacé.

3° Les petits éléments papuleux sont en nombre bien supérieur à celui des vésicules ; tantôt entourant ces dernières, tantôt groupées par cinq ou six, tantôt isolées dans les intervalles de peau saine, ce sont de très petites élevures, peu saillantes, des dimensions d'une tête d'épingle, à surface plane remarquablement brillante, à contours parfois circulaires, le plus souvent polyédriques, ce qui, à la coloration près, les fait ressembler à de très petits éléments de lichen plan ; leur coloration est à peu près celle de la peau normale, par place un peu jaunâtre. Elles sont, au toucher, de consistance ferme ; la peau est rugueuse comme chagrinée à leur niveau. Mais ici, comme au niveau des vésicules, la piqûre du centre de l'élément donne issue à une grosse goutte de liquide. La lésion est absolument indolente, ne provoque aucune gêne, c'est uniquement pour son extension plus rapide depuis quelques mois que la malade vient consulter. L'examen des téguments et des autres appareils apporte peu de renseignements importants : il n'existe en aucun point du corps de lésions analogues, mais on constate au

niveau de la face externe de la cuisse droite une tache pigmentaire café au lait, ovalaire, de 8 centimètres de long sur 4 centimètres de large; on ne note ni malformation dentaire, ni malformation osseuse, la voûte palatine est nettement ogivale. La malade est née à terme, n'a jamais eu de maladie grave, elle est réglée depuis l'âge de quatorze ans. Elle a sept frères et sœurs dont quatre plus âgés qu'elle; son père âgé de quarante-sept ans, sa mère de quarante-cinq, ne sont pas consanguins. Tous sont bien portants et aucun d'eux ne présenterait de lésion analogue. Par ses caractères objectifs si spéciaux, par son mode de début, sa localisation, son extension lente, sans prurit, sans phénomènes inflammatoires la lésion offre peu de difficultés de diagnostic : nous nous trouvons en présence de cette affection décrite sous le nom de lymphangiome circonscrit, ou mieux de *nœvus vasculaire lymphatique*. On constate d'ailleurs par piqure du sommet des éléments un signe caractéristique de dilatation lymphatique : l'issue d'une certaine quantité de liquide présentant tous les caractères de la lymphe, liquide plus abondant que ne semble le faire prévoir le volume de la vésicule ponctionnée et dont l'écoulement s'arrête spontanément au bout de quelques instants. Le liquide transparent, à peine teinté, légèrement visqueux, se coagule par la chaleur; il contient un petit nombre d'éléments cellulaires rappelant de tous points les lymphocytes du sang; on n'observe pas sur les préparations de polynucléaires, mais quelques très rares hématies.

OBSERVATION IX (L. BROcq et LÉON BERNARD)

Le lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale

G..., âgé de dix-sept ans, se présente à la consultation de l'hôpital Broca, le 18 octobre 1897, envoyé par le docteur Chatellier, pour demander notre avis à propos de lésions déjà anciennes de la langue et du voile du palais. Sur la face dorsale de la langue, on voit, à gauche du raphé médian, s'étendant sur toute la moitié postérieure de l'organe, une tumeur allongée, de la forme générale d'un boudin, de 6 à 7 centimètres de longueur. Elle forme une saillie de 1 cent. $\frac{1}{2}$ environ au-dessus du niveau de la muqueuse normale. Les contours sont assez peu nets; quoiqu'elle ait une forme franchement globuleuse, la néopla-

sie se confond, en somme, assez insensiblement en dehors avec les parties saines; en dedans elle descend à pic sur la ligne médiane. Sa surface est irrégulière; on y voit des bosselures variables dont nous reparlerons. Elle présente en son milieu une sorte d'étranglement transversal, de grand sillon, qui la divise en deux parties principales : la partie antérieure est elle-même divisée par un petit sillon secondaire antéro-postérieur. La partie postérieure, d'ailleurs moins accessible à la vue, est fortement divisée par d'autres sillons plus accusés que le précédent; en somme, toute la surface de la néoplasie offre des sillons secondaires qui la vallonnent en quelque sorte.

Telle est la configuration générale de la tumeur, sa consistance est remarquable par sa dureté réellement ligneuse. La coloration générale est celle de la langue. En l'examinant d'assez près, on remarque tout d'abord l'absence des papilles linguales normales. Mais on voit que sa surface est hérissée de petites bosselures inégales et irrégulières, à contours arrondis, à sommet aplati ou acuminé, et de volume variable; les plus petites sont véritablement miliaires et ont l'aspect de grains de semoule; les plus grandes atteignent les dimensions d'une petite lentille; la plupart sont, comme volume, intermédiaires aux précédentes. Sur les bords de la tumeur, ces bosselures sont isolées les unes des autres; quelques-unes s'y érigent toutes droites. Sur la surface même de la tumeur, elles sont souvent plus groupées en forme de bouquets, ou simulent des mosaïques. Les parois de certaines de ces vésicules paraissent assez épaisses et résistantes, d'autres au contraire semblent limitées par une pellicule translucide de la plus extrême minceur : quelques-unes ont leur surface libre parcourue de fins sillons qui leur donnent l'aspect polyédrique, qui laisse deviner un cloisonnement intérieur. Leur couleur est en général blanchâtre, opalescente ou claire; les plus petites ressemblent à des grains de semoule, quelques-unes dont le contenu est franchement hémorragique ont une teinte violacée. En les regardant avec une grande attention, on s'aperçoit que presque toutes les vésicules translucides présentent en leur centre un point hémorragique, qu'on distingue par transparence; ce caractère manque notamment sur les vésicules indépendantes du bord de la tumeur. En avant et à gauche de celle-ci, l'une de ces bosselures offre, par l'aspect de son contenu rouge noirâtre, étalé et à bords diffus,

comme irradiés, l'image d'un œvus sanguin. Sur le voile du palais, également à gauche et tout à fait en arrière, on distingue une infiltration en nappe de la même néoplasie ; en voici la configuration et les limites approximatives : elle se termine en avant par une ligne indécise, sur le côté interne par une ligne plus nette qu'en avant débordé de quelques millimètres la ligne médiane, puis recule en arrière en dehors et à gauche pour laisser indemne la luette, et enfin plonge dans le pharynx, en occupant la région des piliers du voile devenus méconnaissables ; en dehors, par une ligne sinueuse vers les confins des gencives et de la joue. Toute la partie postérieure de la tumeur palatine est composée de saillies mamelonnées d'un volume variable allant de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; elles sont contiguës, mais distinctes, translucides, ressemblant à des sortes de vésico-bulles à parois polyédriques ; certaines d'entre elles sont nettement constituées par l'agglomération de bouquets de petits éléments perlés, les uns opalins, les autres hémorragiques. Toutes limitent la tumeur en arrière ou sur les côtés et dessinent nettement ses contours à pic sur les parties saines du pharynx. En avant, au contraire, ainsi que nous l'avons dit, la tumeur s'étale sans limites précises ; on reconnaît sa présence à la teinte du voile d'un rouge plus vif, et à l'existence de petits grains semblables à ceux de la langue, grains de semoule blanchâtres ou plus souvent violacés. A ce niveau, la consistance de la tumeur n'a rien de spécial ; en arrière au contraire les bourgeons proéminents donnent au toucher une sensation de dureté. Cette tumeur n'est nullement douloureuse ni spontanément, ni à la pression ; elle n'empêche ni la mastication, ni la déglutition, ni la respiration, ni la phonation, ces fonctions ne provoquent pas de douleurs, mais simplement un certain degré de gêne ; les aliments épicés ne causent pas de sensation pénible.

Le néoplasme est congénital ; à la naissance il était constitué par de « simples petits points imperceptibles », dit le malade, qui petit à petit se sont développés et agglomérés. La tumeur est devenue un peu gênante par son volume depuis l'âge de douze ans. Actuellement elle continue à évoluer ; le malade affirme qu'à chaque changement de saison, elle subit une sorte de turgescence, qui dure trois semaines ; elle est alors entièrement violacée, puis elle s'affaisse et reprend l'aspect habituel que nous avons décrit. Ces sortes de poussées fluxionnaires se

reproduiraient régulièrement quatre fois par an. Depuis deux ans ces lésions ont été traitées sans résultat par l'ignipuncture; ces interventions ont peut-être contribué dans une certaine mesure à développer ou tout au moins à exagérer la consistance si dure de la tumeur.

Les ganglions sous-maxillaires gauches sont augmentés de volume. En faisant déshabiller le malade, on est frappé de la présence d'arborisations téléangiectasiques disséminées sur presque toute la surface du corps. Elles sont surtout nettes à la nuque et à la partie supérieure du dos, où elles dessinent des lignes flexueuses et rougeâtres; mais elles existent également, plus discrètes, sur la poitrine et aux avant-bras; aux membres inférieurs, elles sont bleuâtres, et elles s'y accompagnent de varices vraies caractéristiques. Notons, en outre, un *nœvus verruqueux* à la nuque, un autre à la poitrine, un *nœvus vasculaire* à la face postérieure de la cuisse droite.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal. Nous avons ponctionné à deux reprises des vésicules choisies sur les bords de la tumeur; il s'en est écoulé un liquide aqueux, jaune citrin, arrivant assez abondamment pour nous convaincre que la quantité retirée par la pipette dépassait notablement la capacité de la vésicule ponctionnée. Au bout d'un certain temps, le liquide se colorait de sang, puis il venait du sang en apparence pur. L'écoulement cessait bientôt de lui-même. En examinant au microscope la première portion de liquide obtenue, nous avons reconnu la présence de leucocytes en grande quantité, de petites granulations et enfin de quelques hématies, ce qui nous a conduit à considérer le liquide comme étant de la lymphe. Nous avons essayé de traiter ce malade par l'électrolyse; l'ignipuncture a déjà été employée chez lui sans le moindre succès; les vésicules ont été modifiées d'une manière assez lente, mais manifeste; elles se sont affaissées et ont même diminué de nombre. de telle sorte qu'aujourd'hui — après 17 séances d'électrolyse négative — la surface de la néoplasie ne présente plus tout à fait l'aspect que nous lui avons décrit il y a trois mois, au moment où nous avons présenté le malade à la Société française de dermatologie. Mais la tumeur elle-même persiste, presque aussi volumineuse, certainement aussi dure sinon plus dure qu'au début du traitement; les piqûres électrolytiques pratiquées avec des aiguilles longues, qui transfixaient la néoplasie dans toute son étendue,

sont restées insuffisantes. Aussi avons-nous résolu depuis deux semaines de l'extirper chirurgicalement par morcellement. Une première excision a déjà été faite, qui n'a été suivie d'aucun accident ; nous n'avons vu se produire ni lymphorrhée, ni hémorragie, et la réunion s'est faite par première intention.

OBSERVATION

(GAUCHER et MEAUX SAINT-MARC, *Bull. de dermat. et de syphil.*,
1912, p. 113-114)

Lymphangiome et hémangiome du thorax à distribution zoniforme

Ce névus à type hémato-lymphangiome est congénital et la malade, actuellement âgée de vingt ans, n'en ayant jamais souffert, n'avait jamais consulté, quand, à l'occasion d'une crise de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite mitrale pour laquelle elle entre dans le service du docteur Belin, elle remarque que, depuis peu, cette lésion a une double tendance à saigner et à s'accroître.

Après guérison de sa crise de rhumatisme dont elle garde un souffle systolique à la pointe du cœur, elle entre dans le service du Professeur Gaucher.

La lésion siège sur le thorax, à droite ; elle s'étend de la naissance du sein jusqu'à 4 centimètres de la colonne dorsale, sur une hauteur de 5 à 6 centimètres environ. Ce sont de petits angiomes se présentant comme une série de bouquets isolés ou confluent et reposant sur une tumeur.

Cette tumeur est une masse assez volumineuse formant saillie appréciable à l'œil et déformant la région thoracique. Elle confine, en avant, au sein droit dont elle est bien séparée. Sa consistance est molle, pseudo-fluctuante ; la tumeur semble formée de lobules irréguliers ; la palpation en est légèrement douloureuse.

Sur cette tumeur se voient une série de dilatations vasculaires de nature différente. Il y a des angiomes vasculaires, assez peu nombreux, atteignant parfois les dimensions d'une pièce de 50 centimes et dont l'ouverture laisse échapper du sang.

Beaucoup plus nombreux sont les éléments d'origine lymphatique :

plus petits, isolés ou confluents, ce sont des éléments papulo-bulleux translucides. Quelques-uns, plus anciens, réunis les uns à côté des autres, forment des amas légèrement teintés. Tous ces éléments sont serrés, presque confluents dans la ligne axillaire ; ils sont au contraire beaucoup plus rares dans le dos où ils forment de petites perles isolées. Ils semblent affecter une disposition radiculaire à type zoniforme.

Ces différentes petites bulles s'ouvrent parfois spontanément et laissent écouler parfois du sang, parfois un liquide transparent.

Les lames colorées ont fait voir dans le premier cas des globules rouges abondants, dans l'autre quelques rares globules rouges et quelques leucocytes. Cet hémolymphangiome, absolument indolent pendant longtemps, l'est un peu moins actuellement et la malade ressent surtout à la partie externe de sa tumeur quelques douleurs lancinantes.

La malade est, par ailleurs, bien conformée et bien portante ; cependant elle a eu des engelures fréquentes dans son enfance et présente une tendance à la cyanose des extrémités avec acro-asphyxie. Le traitement qui est appliqué est la radiothérapie.

La malade a subi jusqu'à présent deux applications de rayons qui n'ont pas encore amené de résultat sensible. Les séances seront continuées ; si elles ne sont pas suivies d'amélioration, peut-être essaiera-t-on l'électrolyse.

OBSERVATION X (Personnelle)

Lymphangiome de la racine de la cuisse droite

L. . . , vingt-deux ans et demi, étudiant en chirurgie dentaire, vient le 2 mars à la consultation de M. le Professeur Dubreuilh, pour une production pathologique localisée à la partie supérieure antéro-interne de la cuisse droite, au niveau du triangle de Scarpa, caractérisée par un semis de petites vésicules d'aspect rosé et translucide, à contour régulier assez bien limité, formant un léger relief et donnant dans l'ensemble l'impression d'un zona au début. Ces vésicules, séparées par des espaces de peau saine, sont disséminées sur une étendue qui peut être évaluée à celle de la paume de la main. Quelques-unes d'entre elles sont groupées par quatre ou cinq, formant de petites tumeurs, allant du volume d'un pois à celui d'un haricot. Très peu compressibles, la plus

légère pression provoque une vive douleur. Lorsqu'on les pique, on voit sourdre un liquide d'aspect citrin, très peu abondant et très peu coagulable. Par l'ouverture pratiquée, on aperçoit le fond de la vésicule, rouge, mamelonné et présentant quelques veinosités. Après la piqure, ces petites tumeurs prennent un aspect ecchymotique. L'examen microscopique de la sérosité recueillie révèle la présence de nombreux lymphocytes (huit à dix par champ) et de quelques globules rouges.

Du côté de la partie inférieure du membre, on ne remarque ni varices, ni atrophie. Le malade se plaint uniquement de la gêne que lui occasionne la station debout et de la rapidité avec laquelle cette jambe se fatigue. Il fait remonter à quatre ou cinq ans le début de son mal.

Cependant il ajoute qu'à l'âge de trois ans avait apparu sur le même point une petite tumeur de coloration bleuâtre qui resta stationnaire jusqu'à l'âge de huit ans.

A ce moment-là, ayant reçu, dit-il, un violent coup de poing sur cette tumeur, celle-ci vint à suppurer et dut être incisée. La guérison se fit attendre trois mois.

Quatre ans après, une nouvelle tuméfaction accompagnée de réaction fébrile se manifesta sur le même point, qui nécessita une nouvelle intervention. La cicatrisation fut complète au bout d'un mois.

Depuis, bien qu'ayant mené la vie habituelle tout en se livrant à des exercices assez violents et fait de longues marches, la guérison s'est maintenue sans trouble quelconque ni douleur. C'est par hasard qu'il s'aperçut il y a environ quatre ou cinq ans, en procédant à sa toilette, de l'éruption pour laquelle il vient consulter aujourd'hui et qui n'a guère changé de caractère ni de dimensions jusqu'au mois de novembre 1920.

De cette époque jusqu'à la fin du mois de janvier 1921, il s'est produit quelques poussées congestives d'une durée d'une huitaine de jours environ, survenant chaque fois sur un point différent et constituées par un placard érythémateux accompagné de l'apparition d'un groupe de vésicules et de retentissement sur les ganglions de la région inguinale où se produisait une vive douleur.

Au niveau de la partie moyenne du triangle de Scarpa, on constate l'existence d'une cicatrice de la dimension d'une pièce de 5 francs en

argent, gonflée en son centre et présentant des plis radiés. Cette cicatrice est le reliquat de l'intervention qui eut lieu en 1910. Le malade a remarqué que chaque soir, et plus particulièrement après de longues marches, les vésicules deviennent plus saillantes et plus colorées.

Le malade a deux frères et deux sœurs. Ni chez eux, ni chez ses parents on n'observe une affection analogue, mais il est à noter que l'une de ses sœurs présente une adénite cervicale bacillaire.

Biopsie 9 mars 1921, n° 1698.

Examen histologique du fragment prélevé. — L'examen microscopique nous montre la présence de nombreuses cavités kystiques de dimensions variables et d'autant plus vastes qu'elles sont situées plus près de la surface; elles repoussent devant elles l'épithélium, qui les recouvre toujours.

Ces cavités sont limitées lorsqu'elles sont toutes petites par un endothélium composé de cellules à protoplasma granuleux, à noyau aplati, mais les cavités plus grandes possèdent, en outre de l'épithélium, une couche de tissu conjonctif qui en trace les limites. Ce tissu conjonctif renferme de nombreux capillaires sanguins à paroi délicate et gorgés de globules rouges; certains de ces vaisseaux cheminent extrêmement près de l'endothélium, d'autres viennent même s'ouvrir à l'intérieur de certaines vésicules qui sont alors bourrées de sang et constituent un véritable caillot — il y a eu dans ce cas en quelque sorte hémorragie à l'intérieur de la cavité, — mais la plus grande partie des vésicules ne renferment qu'un amas granuleux et de nombreux leucocytes.

Ces cavités sont uniloculaires lorsqu'elles sont de petites dimensions, mais lorsqu'elles prennent un volume plus important, elles sont parcourues à leur intérieur par de nombreuses cloisons de refend de nature conjonctive et tapissées sur leurs deux faces par l'endothélium des vésicules.

L'épithélium est formé de ses couches normales, mais, par suite du processus d'irritation chronique dont il est le siège, il est hypertrophié et ses couches superficielles cornées présentent le phénomène d'hyperkératose.

Par suite de son hypertrophie, l'épithélium s'enfonce dans la profondeur en colonnes épaisses envahissant le chorion et arrivant à diminuer le champ des papilles, lorsqu'elles sont étouffées entre ces piliers

cellulaires et les cavités kystiques. Ces cavités refoulent progressivement l'épithélium et le distendent progressivement à mesure qu'elles se développent. Les plus grandes sont uniquement revêtues à leur surface de deux à trois assises cellulaires de la lame cornée.

Le tissu conjonctif n'a subi aucune altération, mais il contient un assez grand nombre de lacunes de forme très irrégulière et de capacité inégale ; les unes sont bien isolées, les autres très rapprochées et constituant une sorte de tissu caverneux, mais elles sont toujours séparées les unes des autres par une couche conjonctive plus ou moins mince. Leur paroi est constituée par des cellules endothéliales dont on voit sur les coupes les noyaux allongés et aplatis, leur contenu est granuleux et leucocytaire.

Les vaisseaux sanguins paraissent normaux.

OBSERVATION XI (Due à l'obligeance de M. le médecin-major FERRON)

Lymphangiome congénital

Jean-Gabriel C. ..., vingt et un ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Parents cultivateurs. Père bien portant, mère atteinte d'une ptose du foie. Quatre frères bien portants, sauf l'aîné réformé depuis la guerre pour tuberculose.

Antécédents personnels. — Rien à signaler, sauf une circoncision à l'âge de deux ans.

Histoire de la maladie. — Ne peut préciser jusqu'à l'âge de dix ans. Mais croit, étant petit, avoir eu déjà des boutons sur les bourses. A douze ans, nombreuses petites vésicules sur les bourses donnant issue à une liqueur semblable à de l'eau et à une matière blanchâtre. Un médecin consulté à ce moment fit mettre de la poudre de talc. L'éruption est continue, n'a jamais disparu.

A l'âge de quinze ans, cette éruption gagne l'aine droite. Il n'a pas, à ce moment, remarqué d'adénite ni d'œdème de tout le membre inférieur droit. Il accuse seulement à deux ou trois reprises un gonflement des deux mollets.

Cette éruption de vésicules ne s'accompagne ni de douleur, ni de prurit, ni de gêne. Le malade a toujours pu aller à l'école et ensuite travailler comme ses frères.

Il est ajourné par deux fois au conseil de revision. Convoqué de nouveau en janvier 1921, il ne se présente pas et est pris bon absent.

Dirigé sur le 144^e régiment d'infanterie, il se présente à la visite et est envoyé à l'hôpital dans mon service avec le diagnostic d'herpès zostérisiforme.

État actuel. — Taille : 1^m 77. Poids : 63 kilos. Grand, maigre, d'apparence peu robuste.

A l'examen, on est frappé par deux choses : L'augmentation de volume du membre inférieur droit et la présence de placards de vésicules sur les bourses, le ventre et les aines.

Les vésicules sont disposées en six groupes :

1° Un groupe important sur 14 centimètres de long et 6 centimètres de large autour de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite.

2° Un petit groupe de la dimension d'une pièce de 5 francs entre le pubis et l'ombilic.

3° Un petit groupe de la dimension d'une pièce de 5 francs également autour de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche.

4° Quelques vésicules le long du pli inguinal gauche.

6° Un groupé en couronne à la base de la verge.

6° Sur les bourses deux trainées droite et gauche parallèles au raphé médian.

Les dimensions de ces vésicules varient d'une lentille à une tête d'épingle. Elles sont irrégulièrement groupées, irrégulièrement saillantes. Les unes semblables à une goutte d'eau, blanches, recouvertes d'une mince pellicule lisse et transparentes. Les unes grosses sont recouvertes d'un épiderme rose et parcheminé. Entre ces vésicules, la peau est généralement pigmentée en brun, mais sa souplesse paraît normale.

L'hypertrophie de tout le membre inférieur droit est très notable. Tout le membre est rond, globuleux, les méplats du genou sont effacés.

Au palper, œdème dur, godets le long du tibia. Les culs-de-sac rotuliens sont empâtés. Coloration normale (1).

(1) Il s'écoule, soit par la piqure, soit spontanément, un liquide clair légèrement citrin, parfois, d'après les dires du malade, il est mêlé à une matière blanchâtre qui donne au toucher la sensation de colle. Les écoulements sont plus abondants que ne pourraient le faire supposer la dimension des vésicules.

La mensuration donne les résultats suivants :

Cuisse : 25 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure :

A droite..... 48

A gauche..... 45

Genou : A la pointe de la rotule :

A droite..... 36 1/2

A gauche..... 32

Jambe : A 18 centimètres de la pointe de la rotule :

A droite..... 33 1/2

A gauche 32

Circonférence périmaléolaire :

A droite..... 26

A gauche..... 25

La région de l'aîne droite est empâtée. On sent plus distinctement deux ou trois ganglions dans le triangle de Scarpa. Masse pâteuse conglomérée qui semble due à l'adénopathie en masse des ganglions de la crosse de la saphène, presque du volume d'un œuf.

Rien à signaler aux autres appareils.

Réaction de Wassermann négative.

CONCLUSIONS

Nous voyons donc par ce qui précède que :

1° Les cavités kystiques et les lacunes renferment de la lymphe et du sang.

2° L'endothélium des vaisseaux lymphatiques et des cavités kystiques est en voie de prolifération.

3° Les vaisseaux sanguins par leur présence autour des cavités kystiques et leur rupture à leur intérieur jouent un rôle important dans l'histologie pathologique de l'affection.

4° Le lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses est congénital; il est constitué par une malformation due à une perturbation apportée dans le développement du système lymphatique et du système vasculaire sanguin, ce qui permet de lui attribuer une origine embryonnaire.

5° Cette affection forme un type clinique devant être distingué du lymphangiome simple diffus et du lymphangiome cystique, comprenant les kystes séreux de la pathologie chirurgicale et devant être séparé des diverses variétés de lymphangiectasies.

Vu, et bon à imprimer :

Le Président de Thèse.

D^r W. DUBREUILH.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu, et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 5 juillet 1921.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM. — Lymphangiome circonscrit. *Brit. Med. Journ.*, décembre 1893.
- ALLARD *. — Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique
Paris, 1808.
- De l'inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés. Paris, 1824.
- ANGER (Th.). — Des tumeurs érectiles lymphatiques. Adéno-lymphocèles.
Thèse de Paris 1867.
- BALZER et GRIFFON. — Lymphangiectasie dermique spontanée de la face.
Bulletin de la Soc. dermat. 1897, p. 583.
- BESNIER. — *Gazette des hôpitaux*, 1878.
- BINET. — Essai sur les varices et plaies des lymphatiques superficiels.
Thèse de Paris 1888.
- BONHOMMET. — Des lymphangiectasies cutanées et particulièrement d'une
forme lymphorragique végétante avec éléphantiasis. Thèse de
Paris 1896.
- BRESCHET *. — Du système lymphatique. Thèse de concours, Paris, 1836.
- BROCOQ et BERNARD. — Lymphangiome circonscrit de la peau et des muqueuses. *Annales dermat.*, 1898, t. IX, p. 303.
- CHIPAULT. — Varices lymphatiques et lymphangiome. *Gazette des hôp.*, 13
décembre 1889.
- Sur un cas de varices lymphatiques du derme. *Bulletin de la Soc. anat.*, p. 774, 1889.
- Varices lymphatiques du derme. *Archives gén. de méd.*, juin 1889.
- CORNELET et RANVIER. — Traité d'anatomie pathologique.
- DANLOS et GASTON. — Varices lymphatiques des lèvres et des joues. Suite
d'érysipèles répétés. *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 1901,
p. 793-823.
- DARIER. — Précis de dermatologie.

Nota. — Les travaux marqués d'un astérisque n'ont pas été consultés par nous.

- DAVID. — Essai sur les varices-lymphatiques. Thèse de Paris 1863.
- DELBET. — Lymphangiome kystique. *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1893, t. XV.
- DELOBEL (A.-M.-S.). — Contribution à l'étude des lymphangiectasies dermiques. Varices lymphatiques de la peau des muqueuses. Paris, 8. Lille, 1902.
- DEMARQUAY. — Recherches sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques. *Mémoires de la Soc. de chir.*, 1853, t. VIII, p. 939.
- DEMONS. — Lymphangiome de la joue, présentation de malade. *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1893-1894, 181.
- DESERT. — Les dilatations lymphatiques, lymphangiectasies, lymphangiome. Thèse de Paris 1877.
- DESJARDINS. — Mémoire sur un cas de dilatation variqueuse du réseau lymphatique du derme. *Bulletin de la Soc. biol.*, 1884, VI, 2^e série, p. 28.
- DE VLACCOS. — Sur le traitement des lymphangiomes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1900, n^o XXVI, 183.
- DUBREUILH (W.). — Précis de dermatologie.
- DU CASTEL. — Lymphangiectasie de la muqueuse buccale. *Annales dermat.*, 1895, p. 342.
- DÜRRT. — Sur les lymphangiectasies vulvaires. *Journal des Sc. méd. de Lille*, 1902, 449-473; et *Semaine gynécologique*, mai 1902.
- FOLLET (Ath.). — Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques. Thèse de Paris 1895.
- GARCHER et LACAPÈRE. — Etude histologique du lymphangiome circonscrit particulièrement de tout contenu. *Archives de méd. expér. et d'anat. pathol.*, Paris, 1900, XII, 220-243.
- HALLOPEAU et GOUÏL. — Sur une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse. *Annales de dermat.*, novembre 1890.
- Présentation d'un malade atteint de lymphangiectasies suppuratives de nature indéterminée. *Bulletin de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Paris, 1890, i, 203-208.
- HALLOPEAU (H.) et HALLOPEAU (D.). — Sur un cas de lymphangiomes végétants avec atrophie du membre atteint. Congrès français de médecine (C. R.), Paris, 1902, n, 241-247.
- HÉBRA. — Traité des maladies de la peau; trad. Doron, t. II, p. 373.
- JOCOS*. — Lymphangiectasie de la conjonctive bulbaire. *Revue d'ophtalmologie*, juin 1898, p. 257.

JOURDAN. — Contribution à l'étude de la lymphorrhagie. Thèse de Montpellier 1880.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, t. IV, p. 478.

LE DENTU. — Lymphangiome inguino-scrotal et abdominal, varicocèle lymphatique et hydrocèle filarienne. *Revue de chirurgie*, 1898, n° 1.

MALHERBE. — Lymphangiectasie et lymphorrhagie végétantes. *Annales de dermat. et de syphil.*, mars 1896.

MARQUEZ*. — Contribution à l'étude de la lymphorrhagie et des lymphatocèles. *Gazette hebdomadaire*, 1879, p. 248.

MASSONIÉ. — Contribution à l'étude des varices lymphatiques et d'une forme spéciale de leurs terminaisons. Thèse de Paris 1876.

MÉNEAU. — Un cas d'hémato-lymphangiome circonscrit. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1894, XXIV, 328-330.

MICHEL*. — Dilatation des vaisseaux lymphatiques. *Journal de méd. et de chir. de Strasbourg*, juillet 1853.

MONCORVO. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 2 août 1895.

MONOD. — Du lymphangiome cutané et sous-cutané circonscrit. Congrès français de chirurgie.

NÉLATON. — Observation du lymphangiome de la cuisse. Opération. Guérison. Soc. de chir., 23 mars 1887.

NEPVEU. — *Archives générales de médecine et de chirurgie*, 1876, t. VIII, p. 582.

PAPIN. — Contribution à l'étude de l'hémato-chylurie endémique des pays chauds. Thèse de Bordeaux 1886.

PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale, 1879-1880, p. 227.

RENAULT. — Angiokératomes ou lymphangiectasies. *Annales dermatol.*, 1895.

ROBIN et LEREDDE. — Des varices lymphatiques de la langue. *Archives de méd. expér.*, 1896, p. 439.

TENNESSON et DARIER. — Varices lymphatiques de la muqueuse buccale. Soc. franç. de dermat. et de syphil., 14 décembre 1893.

THIBIERGE. — Un cas de lymphangiome circonscrit des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique). *Bulletin de la Société française de dermat. et de syphil.*, Paris, 1831, 3, su, 861.

TRÉLAT. — Varices lymphatiques du réseau superficiel du dos de la verge et du scrotum. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1867, t. X, p. 439-441.

VERNEUIL *. — Eléphantiasis du scrotum. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1867, p. 313.

VIGUIER. — Essai sur les varices et tumeurs lymphatiques superficielles. Thèse de Paris 1873.

ZAMBACO *. — *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1853, p. 139.



